



## Programas de Medicaid para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados Formulario de Solicitud

Esta solicitud está disponible en español. Llame al 1-800-457-3659.

Este formulario de solicitud proporciona información para ayudarle a solicitar los Programas de **Medicaid** de Wyoming para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados.

Además de completar la Solicitud de programas de Medicaid para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados, se requiere una entrevista al solicitar la mayoría de los programas. Para programar una entrevista, póngase en contacto con su Oficina de Servicio Local del Departamento de Servicios Familiares (Department of Family Services – DFS).

Lo siguiente se incluye en este formulario de solicitud:

- Solicitud de los Programas de Medicaid para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados
- Lista de control para la Solicitud de los Programas de Medicaid para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados
- Información para la Solicitud de los Programas de Medicaid para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados
- Lista de Oficinas de Servicio del Departamento de Servicios Familiares (Department of Family Services – DFS)

Información adicional sobre los programas de Atención a Largo Plazo de Medicaid de Wyoming está disponible en:

- Wyoming Department of Health, Medicaid Eligibility: <http://health.wyo.gov/EqualityCare>

Fecha de Cita: \_\_\_\_\_ Especialista en Beneficios: \_\_\_\_\_

Hora de Cita: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\*En el caso de tener preguntas o problemas al hacer su cita, póngase en contacto conmigo al teléfono arriba indicado.

# **Lista de Control para la Solicitud de los Programas de Medicaid para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados**

Favor de proporcionar prueba de todos lo indicado a continuación, **en el caso aplicable**. Se aceptan copias, y un representante le puede ayudar a hacer copias o ayudarle a obtener las verificaciones, si son necesarias. Si está casado, la verificación de la misma información se requerirá respecto a su cónyuge. Una entrevista se requerirá para la mayoría de los programas e información adicional se le puede pedir durante la entrevista.

## **Información Personal**

- Ciudadanía Estadounidense (Pasaporte Estadounidense, Permiso de Conducir de WY, Acta de Naturalización o de Nacimiento)
- Identidad (Pasaporte Estadounidense, Permiso de Conducir o Tarjeta de Identificación emitido/a en los EEUU , o Acta de Naturalización)
- Número de Seguro Social o prueba de haberse solicitado un Número de Seguro Social
- Documentación relacionada con un Poder General Sobre la Persona, con la Custodia o Tutoría Legal, o con la Curaduría
- Estado como Extranjero, Tarjeta de Residencia Permanente o Documento del USCIS
- Tarjeta(s) de seguro médico incluyendo una tarjeta de Medicare

## **Información sobre Ingresos y Recursos**

- Ingresos, incluyendo, sin limitación, comprobantes de pago de salario, empleo por cuenta propia, seguro social, jubilación/pensión, beneficios de desempleo, beneficios para veteranos, intereses, dividendos o contribuciones
- Estados de cuenta corrientes (actualizados dentro de los últimos 30 días) para todas las cuentas bancarias, de ahorros, de cuentas corrientes, de cuentas de CD (certificado de depósito) o de pensión. Se incluyen las cuentas individuales de jubilación/pensión (cuentas IRA y 401(k))
- Estados de cuenta para toda póliza de seguro de vida o de anualidades en que consten la propiedad, el valor nominal, y el valor actual de rescate en efectivo
- Copias de todas las acciones o todos los bonos
- Títulos o matrículas de vehículos para todo vehículo matriculado o no, y una verificación de cantidades debidas
- Escrituras para bienes inmuebles, hoja de determinación del base imponible, y una verificación de cantidades debidas
- Derechos mineros poseídos y cualquier contrato de arriendo vigente
- Arreglos para el prepago de funerales; incluyendo cuentas de funeral o de entierro, mausoleos o terrenos
- Documentos relacionados con cualquier fideicomiso o cuenta fiduciaria de que usted o su cónyuge sea beneficiario
- Lista del contenido de una caja de seguridad
- Documentación de cualesquier traspasos hechos por usted, su cónyuge, o cualquier persona actuando en su nombre, en los últimos 60 meses. Se incluyen, sin limitación, los regalos, los traspasos, o la venta de propiedades

## **Información Sobre Obligaciones**

- Primas de un Seguro Médico
- Facturas médicas correspondientes a los últimos 3 meses (si hay algunas)

---

## **Medicaid**

### **Información para la Solicitud de los Programas para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados**

#### **INFORMACIÓN de Medicaid:**

Medicaid es el nombre seleccionado por el Departamento de Salud de Wyoming (Wyoming Department of Health - WDH) para la administración de Medicaid. Esta solicitud se puede usar para solicitar los programas para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados para individuos que tengan necesidad de asistencia profesional en casa, en una casa de reposo, en un hospital o en otro centro de atención intermedia. Esta solicitud se puede usar para individuos que:

- Sean ancianos, ciegos, o discapacitados
- Necesiten ayuda con el pago de su prima de Medicare
- Estén en casas de reposo o centros de vivienda asistida
- Necesiten atención prestada en casas de reposo, pero que deseen permanecer en su casa y recibir servicios especializados.
- Necesiten tratamiento paliativo (Hospice)
- Necesiten tratamiento como paciente hospitalizado (hospitalizaciones de 30 o más días)
- Tengan empleo y que estén con una discapacidad

Esta solicitud se puede usar también para solicitar el Programa de Asistencia con Medicamentos Recetados (Prescription Drug Assistance Program - PDAP).

Si actualmente recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income - SSI) automáticamente tiene derecho a Medicaid y no tiene que completar esta solicitud. Póngase en contacto con su Oficina de Servicio Local del Departamento de Servicios Familiares (Department of Family Services - DFS) para más información.

Si no tiene un Número de Seguro Social (SSN), pregúntale a su representante de beneficios cómo se puede conseguir uno.

Su derecho a beneficios es determinado por DFS y se basa en general en el nivel de ingresos familiares y en algunos casos en los recursos y/o las otras necesidades de atención médica. Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para completar o entender esta solicitud, póngase en contacto con su Oficina de Servicio Local de DFS (DFS Field Service Office).

Si solicita solamente el programa Familiar e Infantil de Medicaid (Medicaid Family and Children's program), incluido el programa para Mujeres Embarazadas, favor de completar la Solicitud de Cobertura de Atención Médica de Wyoming (Wyoming Healthcare Coverage Application), que se puede completar en internet al visitar [www.healthlink.wyo.gov](http://www.healthlink.wyo.gov).

Si necesita más información sobre los programas de Medicaid disponibles, favor de visitar: [www.health.wyo.gov/EqualityCare](http://www.health.wyo.gov/EqualityCare).

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:

Si no puede hablar inglés, o en el caso de estar ciego, con una deficiencia auditiva o de estar sordo, se le pueden proporcionar servicios de interpretación a ningún coste.

- **Estado de Ciudadanía/Inmigración** – Por su firma usted certifica que el estado de ciudadanía/inmigración es cierto respecto a cada solicitante. No tiene que proporcionar información sobre el estado de ciudadanía o de inmigración de los miembros que no soliciten beneficios de atención médica. Su expediente se mantendrá de forma confidencial y sólo se revelará por los motivos autorizados por la ley federal y estatal. La información proporcionada por usted en esta solicitud NO se compartirá con el departamento de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EEUU (U.S. Citizenship and Immigration Services - USCIS) conocido anteriormente como el Servicio de Inmigración y Naturalización (Immigration and Naturalization Service - INS).
- **Revelación de Información Médica** – El Departamento de Salud de Wyoming (WDH) o su representante debe poder obtener de los proveedores el expediente médico en el caso necesario. Por su firma usted autoriza a los proveedores médicos a revelar cualquier expediente médico o parte del mismo a WDH o a su representante.
- **Números de Seguro Social** – Los Números de Seguro Social (SSN) se requieren solamente para los individuos que soliciten beneficios. Los SSN se usarán para verificar la identidad de los miembros del hogar y para evitar la participación duplicada. Los SSN también se usarán en las verificaciones realizadas entre sistemas informáticos, en los estudios de programas, y/o en las auditorías realizadas para asegurar que su hogar tenga derecho a este programa. Haremos una comprobación de lo que usted nos diga con la información que conste con otras agencias tales como el Departamento de Empleo, la Hacienda Pública, la Administración de Seguro Social, el Departamento de Estadísticas Vitales, el de Compensación de Trabajadores, el de Manutención, el Departamento de Tesoro e Impuestos, y el Departamento de Transporte. Todas las personas en su casa, las que soliciten o reciban beneficios, se incluirán en las verificaciones realizadas entre sistemas informáticos. La información recibida puede afectar sus derechos y beneficios. Si no tiene su propio SSN o un miembro del hogar no lo tiene, DFS le puede ayudar a solicitar uno.
- **Derechos Civiles** – Ninguno de los programas para los que se usa esta solicitud excluirá a, denegará beneficios a, o de otro modo discriminará contra cualquier persona a base de su raza, color, sexo, religión, opinión política, u origen nacional, o a base de una discapacidad o la edad respecto a la admisión o participación en, o el recibo de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades o respecto al empleo. Para más información sobre esta política póngase en contacto con su Oficina de Servicio Local de DFS o con la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) al 1-800-368-1019.
- **Audiencia Administrativa** – Tiene el derecho de pedir una conferencia con su Oficina de Servicio Local de DFS en el caso de estar en desacuerdo con las decisiones tomadas relacionadas con esta solicitud. También tiene el derecho de pedir una conferencia con su Oficina de Servicio Local de DFS por motivo de cualquier cambio a sus beneficios. En el caso de seguir en desacuerdo después de la conferencia, tiene el derecho de pedir una audiencia administrativa, que se puede conceder si la misma se pide dentro de 90 días después de la emisión del Aviso de Acción Adversa. Para continuar recibiendo beneficios bajo el mismo programa, debe pedir la audiencia dentro de diez días después de que se produzca la acción adversa. Tiene el derecho de pedir que su Oficina de Servicio Local de DFS le ayude a arreglar la conferencia y la audiencia. Tiene el derecho de representar a usted

mismo en estas reuniones, o puede encargar su representación a un amigo, a un familiar, a un abogado, o a otra persona. Tendrá que pagar los costes legales si decide contratar a un abogado. Si quiere hablar de nuestra decisión o hacer preguntas sobre cómo una audiencia administrativa procede, póngase en contacto con su Oficina de Servicio Local de DFS. También puede llamar a su Oficina Local de Servicios Legales para saber si está disponible una consulta legal a ningún coste.

- **Responsabilidad de Comunicación** – Usted tiene la responsabilidad de comunicar cambios en la información proporcionada en esta solicitud dentro de 10 días después de identificarse el cambio. La verificación de estos cambios se requerirá. Es necesario la comunicación a DFS de los cambios en lo siguiente:

1) Ingresos, 2) Recursos, 3) Dirección, 4) Miembros del Hogar, 5) Seguro Médico

En el caso de esperar un cambio en la información arriba indicada o de ya haberse ocurrido un cambio, llame, escriba o complete el formulario denominado Informe de Cambios (Change Report) y preséntelo con alguna verificación del cambio.

- **Apoyo Médico** – En el caso de recibir usted Medicaid y de recibir también otro dinero para el pago de las mismas facturas médicas, o si las facturas médicas son pagadas por otra compañía de seguros o por un tercero, usted debe dar el dinero al Departamento de Salud de Wyoming (WDH). El estado tiene el derecho de cobrar todas las facturas médicas de un tercero potencialmente responsable, de una compañía de seguros, o de cobrarlas de los fondos pagados por medio de cualquier acuerdo o sentencia por concepto de la liquidación de reclamaciones judiciales. Tiene la obligación de pagar el estado el 100% de las facturas médicas pagadas por medio de un acuerdo o sentencia por concepto de la liquidación de reclamaciones judiciales antes de recibir algún dinero o algunos otros beneficios por medio del acuerdo o de la sentencia.
- **Recuperación del Patrimonio** – El Departamento de Salud de Wyoming (WDH) reclamará la recuperación de los costes de atención médica pagados por el programa Medicaid del patrimonio de una persona recibiendo Medicaid y con 55 o más años de edad cuando recibieron atención médica o que estaba ingresada en una institución médica cuando recibieron atención médica.
- **Verificación de Información en la Solicitud** – Cualquier declaración falsa hecha por usted en esta solicitud y la falta de usted de comunicar cualquier cambio de circunstancias que podría afectar su derecho al recibo de pagos de Medicaid de Wyoming, constituyen un delito. Lo mismo podría resultar en un proceso penal iniciado contra usted bajo las leyes penales de Wyoming. Por su firma (o la firma de su representante) usted autoriza a los funcionarios Estatales y Federales a obtener y a usar información en soporte informático u otra información sobre usted con el fin de determinar si tiene derecho a beneficios. Comprobaciones entre sistemas informáticos se realizarán usando la información proporcionada en su solicitud. Mediante estas comprobaciones entre sistemas informáticos la identificación de la falsedad de información proporcionada es posible. Debe cooperar plenamente con los trabajadores estatales y locales en el caso de que su solicitud se seleccione con el fin de su revisión.
- **Tramitación de Solicitudes** – Su solicitud se aprobará o denegará dentro de 45 días a partir de la fecha de solicitud a menos que se espere una verificación de parte de un tercero, en cuyo caso, la decisión se tomará dentro de 60 días. En el caso de estar a la espera de una determinación relacionada con una discapacidad, la decisión se tomará dentro de 90 días a partir de la fecha de solicitud.

**NO** arriesgue la pérdida de sus beneficios o cause un pago excesivo por no haber notificado DFS del cambio.

## Lista de Oficinas de Servicio del Departamento de Servicios Familiares

Albany County DFS  
2020 Grand Ave., Ste 400  
Laramie WY 82070  
307-745-7324

Big Horn County DFS  
616 2nd Ave., North  
Greybull WY 82426  
307-765-9453

Campbell County DFS  
1901 Energy Ct., Ste 300  
Gillette WY 82716  
307-682-7277

Carbon County DFS  
215 W Buffalo St., Ste 359  
Rawlins WY 82301  
307-328-0612

Converse County DFS  
219 N Russell Ave.  
Douglas WY 82633  
307-358-3138

Converse County DFS  
925 W Birch St.  
Glenrock WY 82637  
307-436-9068

Crook County DFS  
102 N 5th St.  
Sundance, WY 82729  
307-283-2014

Eastern Shoshone  
42 Black Coal Rd.  
Ft Washakie, WY 82514  
307-332-0207

Fremont County DFS  
201 N 4th St.  
Lander WY 82520  
307-332-4038

Fremont County DFS  
120 N 6th St., East  
Riverton WY 82501  
307-856-6521

Goshen County DFS  
1618 E M St.  
Torrington WY 82240  
307-532-2191

Hot Springs County DFS  
403 Big Horn St.  
Thermopolis WY 82443  
307-864-2158

Johnson County DFS  
381 N Main St.  
Buffalo WY 82834  
307-684-5513

Laramie County DFS  
1510 E. Pershing Blvd.  
Cheyenne WY 82002  
307-777-7921

Lincoln County DFS  
1100 Pine Ave.  
Kemmerer WY 83101  
307-877-6670

Lincoln County DFS  
631 N Washington St.  
Afton WY 83110  
307-886-9232

Natrona County DFS  
851 Werner Ct., Ste 200  
Casper WY 82601  
307-473-3900

Niobrara County DFS  
905 S Main St.  
Lusk WY 82225  
307-334-2153

Northern Arapahoe  
St. 325 Left Hand Ditch Rd.  
Unit 9334  
Arapahoe, WY 82510  
307-857-1692

Park County DFS  
1301 Rumsey Ave.  
Cody WY 82414  
307-587-6246

Park County DFS  
109 W 14<sup>th</sup> St.  
Powell WY 82435  
307-754-2245

Platte County DFS  
1556 Progress Ct.  
Wheatland WY 82201  
307-322-3790

Sheridan County DFS  
111 E Works St.  
Sheridan WY 82801  
307-672-2404

Sublette County DFS  
11 N Sublette Ave., B 1070  
Pinedale WY 82941  
307-367-4124

Sweetwater County DFS  
2451 Foothill Blvd., Ste 103  
Rock Springs WY 82901  
307-362-5630

Teton County DFS  
115 W Snow King Ave.  
Jackson WY  
307-733-7757

Uinta County DFS  
350 City View Dr., Ste 206  
Evanston WY 82930  
307-789-2756

Uinta County DFS  
225 W Owen  
Mountain View WY 82939  
307-786-4011

Washakie County DFS  
1700 Robertson Ave.  
Worland WY 82401  
307-347-6181

Weston County DFS  
2013 W Main St., Ste 101  
Newcastle WY 82701  
307-746-4657

## Solicitud de los Programas de Medicaid Para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados

Favor de leer las preguntas detenidamente y de completar cada sección a su mejor saber y entender. Imprima sus respuestas y firme la solicitud usando tinta oscura. Otra persona le puede ayudar a para completar esta solicitud.

Una vez completa, llévela o envíela por correo a su Oficina de Servicio Local del Departamento de Servicios Familiares (DFS). Es posible que se requiera una entrevista para completar el proceso de solicitud. La dirección y el teléfono de su Oficina de Servicio del DFS se pueden encontrar en la lista incluida en esta información, al visitar <http://dfsweb.state.wy.us/dfs/dfs-in-your-community.html> o al llamar al 1-800-457-3659.

Deberá hacerse una verificación de alguna información en esta solicitud respecto a cada solicitante. Favor de consultar la lista de control en la página (2) de este formulario que contiene una lista de los documentos que debe traer a su entrevista señalada.

Información del Solicitante:						
Apellidos:		Nombre e Inicial del Segundo Nombre:		Número de Seguro Social: - -		
Su Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Dirección Postal (Si es distinta):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Teléfono en Casa: ( ) ( )		Teléfono Móvil/para Dejar Un Mensaje: ( ) ( )		Teléfono en el Trabajo: ( ) ( )		
Dirección de Email:			¿Cuál es Su Idioma de Preferencia?		Lugar de Nacimiento: Ciudad/Estado _____/_____/_____	
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ MM/DD/AAAA	Raza y Origen Étnico (Opcional): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Persona Indígena de EEUU o de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Persona Indígena de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Otro _____		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Vive en Wyoming o tiene la intención de vivir en Wyoming dentro de los próximos 45 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es Ciudadano de los EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De no ser así, indique el Número de Registro de Residencia Permanente		Fecha de Entrada en los EEUU ____/____/____ MM/DD/AAAA
¿Tiene un tutor legal (designado por la corte) y/o es apoderante de un Poder General Sobre la Persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

**Infórmenos Sobre Su Cónyuge, Su(s) Niño(s), o Padre/Madre Viviendo en el Hogar:**

<p><b>Apellidos, Nombre, Inicial del Segundo Nombre</b></p> <p>Apellidos _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>Inicial _____</p> <p>Fecha de Nacimiento <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>  <small>Mes    Día    Año</small></p> <p>SSN: <u>    </u> - <u>    </u> - <u>    </u></p>	<p><b>¿Solicitante de beneficios?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Género</b></p> <p><input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> F</p> <p><b>Lugar de Nacimiento:</b></p> <p>_____/_____  <small>Ciudad    Edo.</small></p>	<p><b>¿Relación con Usted?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cónyuge  <input type="checkbox"/> Hijo/a  <input type="checkbox"/> Hijastro/a  <input type="checkbox"/> Hermano/a  <input type="checkbox"/> Padre/Madre  <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra  <input type="checkbox"/> Otra: _____</p>	<p><b>Raza &amp; Origen Étnico (Opcional)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Blanco  <input type="checkbox"/> Persona Indígena de EEUU o Alaska  <input type="checkbox"/> Negro  <input type="checkbox"/> Persona Indígena de Hawai o de las Islas del Pacífico  <input type="checkbox"/> Asiático  <input type="checkbox"/> Hispano o Latino  <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><b>¿Ciudadano de los EEUU?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>En el caso negativo, favor de indicar:</p> <p><b>A #</b> _____  (Número de Registro de Extranjeros)  Y _____  <small>Mes    Día    Año</small></p> <p><b>Fecha de Entrada</b> ____/____/____</p>
<p><b>Apellidos, Nombre, Inicial del Segundo Nombre</b></p> <p>Apellidos _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>Inicial _____</p> <p>Fecha de Nacimiento <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>  <small>Mes    Día    Año</small></p> <p>SSN: <u>    </u> - <u>    </u> - <u>    </u></p>	<p><b>¿Solicitante de beneficios?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Género</b></p> <p><input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> F</p> <p><b>Lugar de Nacimiento:</b></p> <p>_____/_____  <small>Ciudad    Estado</small></p>	<p><b>¿Relación con Usted?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cónyuge  <input type="checkbox"/> Hijo/a  <input type="checkbox"/> Hijastro/a  <input type="checkbox"/> Hermano/a  <input type="checkbox"/> Padre/Madre  <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra  <input type="checkbox"/> Otra: _____</p>	<p><b>Raza &amp; Origen Étnico (Opcional)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Blanco  <input type="checkbox"/> Persona Indígena de EEUU o Alaska  <input type="checkbox"/> Negro  <input type="checkbox"/> Persona Indígena de Hawai o de las Islas del Pacífico  <input type="checkbox"/> Asiático  <input type="checkbox"/> Hispano o Latino  <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><b>¿Ciudadano de los EEUU?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>En el caso negativo, favor de indicar:</p> <p><b>A #</b> _____  (Número de Registro de Extranjeros)  Y _____  <small>Mes    Día    Año</small></p> <p><b>Fecha de Entrada</b> ____/____/____</p>
<p><b>Apellidos, Nombre, Inicial del Segundo Nombre</b></p> <p>Apellidos _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>Inicial _____</p> <p>Fecha de Nacimiento <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>  <small>Mes    Día    Año</small></p> <p>SSN: <u>    </u> - <u>    </u> - <u>    </u></p>	<p><b>¿Solicitante de beneficios?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Género</b></p> <p><input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> F</p> <p><b>Lugar de Nacimiento:</b></p> <p>_____/_____  <small>Ciudad    Estado</small></p>	<p><b>¿Relación con Usted?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cónyuge  <input type="checkbox"/> Hijo/a  <input type="checkbox"/> Hijastro/a  <input type="checkbox"/> Hermano/a  <input type="checkbox"/> Padre/Madre  <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra  <input type="checkbox"/> Otra: _____</p>	<p><b>Raza &amp; Origen Étnico (Opcional)</b></p> <p><b>Raza &amp; Origen Étnico (Opcional)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Blanco  <input type="checkbox"/> Persona Indígena de EEUU o Alaska  <input type="checkbox"/> Negro  <input type="checkbox"/> Persona Indígena de Hawai o de las Islas del Pacífico  <input type="checkbox"/> Asiático  <input type="checkbox"/> Hispano o Latino  <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><b>¿Ciudadano de los EEUU?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>En el caso negativo, favor de indicar:</p> <p><b>A #</b> _____  (Número de Registro de Extranjeros)  Y _____  <small>Mes    Día    Año</small></p> <p><b>Fecha de Entrada</b> ____/____/____</p>

**Aviso:** Miembros Adicionales del Hogar se pueden indicar en el otro lado de esta solicitud.

**Proporcione la Información Médica y de Seguro Médico para las Personas en el Hogar que Sean Solicitantes de Medicaid:**

<p><b>¿Está embarazada cualquier persona en su hogar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			
Nombre del miembro del hogar:	¿Es su primer embarazo?	Fecha Prevista del Parto:	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____/____/____ MM / DD / AAAA	
<p><b>¿Hay un miembro del hogar que solicite Medicaid que actualmente reciba o tenga derecho a Medicare?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			
Nombre del miembro del hogar:	Número de Medicare:		
Nombre del miembro del hogar:	Número de Medicare:		
<p><b>¿Hay un miembro del hogar que solicite Medicaid que actualmente tenga cobertura mediante otro seguro médico o que tenga disponible otro seguro médico?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			
Nombre del miembro del hogar:	Número Colectivo/de Póliza:	Tipo de Póliza de Seguro:	Importe de la Prima Mensual:
Nombre del miembro del hogar:	Fecha del Comienzo de Cobertura: ____/____/____ MM / DD / AAAA	<input type="checkbox"/> Atención a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> De Siniestros <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Otro _____	\$
Nombre del miembro del hogar:	Número Colectivo/de Póliza:	Tipo de Póliza de Seguro:	Importe de la Prima Mensual:
Nombre del miembro del hogar:	Fecha del Comienzo de Cobertura: ____/____/____ MM / DD / AAAA	<input type="checkbox"/> Atención a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> De Siniestros <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Otro _____	\$
Nombre del miembro del hogar:	Número Colectivo/de Póliza:	Tipo de Póliza de Seguro:	Importe de la Prima Mensual:
Nombre del miembro del hogar:	Fecha del Comienzo de Cobertura: ____/____/____ MM / DD / AAAA	<input type="checkbox"/> Atención a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> De Siniestros <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Otro _____	\$

<b>¿Hay alguien en el hogar, que sea solicitante de Medicaid, y que haya tenido cobertura por medio de una seguro médico o de atención a largo plazo que se haya terminado en los último (3) meses?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Atención a Largo Plazo	Fecha en que el Seguro Se Terminó: ____/____/____ MM / DD / AAAA	Respecto a una Seguro de Atención a Largo Plazo, motivo por el que se terminó:
Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Atención a Largo Plazo	Fecha en que el Seguro Se Terminó: ____/____/____ MM / DD / AAAA	Respecto a una Seguro de Atención a Largo Plazo, motivo por el que se terminó:
<b>¿Tiene alguien en su hogar, que sea solicitante Medicaid, y que tenga facturas médicas pendientes de pago dentro de 3 meses de la fecha de la solicitud ?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del miembro del hogar:	Fecha(s) de Servicio:	
Nombre del miembro del hogar:	Fecha(s) de Servicio:	
<b>¿Se encuentran actualmente algunos de los miembros del hogar que sean solicitantes de Medicaid en un centro de atención médica o de atención a largo plazo, o tienen la intención de vivir en un centro de atención a largo plazo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de Centro: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Casa de Reposo <input type="checkbox"/> Centro de Vivienda Asistida <input type="checkbox"/> Otro: _____	Nombre del Centro:	Fecha de Ingreso: ____/____/____ MM / DD / AAAA
<b>¿Ha servido alguien en su hogar en las Fuerzas Armadas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del miembro del hogar:		
<b>¿Es usted una carga familiar de un Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Relación con el Veterano: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre	Nombre del Veterano:	Número de Reclamo del Veterano:

**Infórmenos Sobre Los Recursos de Los Otros Miembros del Hogar:**

Tipo	Sí	No	Miembro(s) del Hogar	Importe	Nombre de la Institución Financiera/Compañía	Número de Cuenta
Dinero en efectivo disponible				\$		
Cuenta Corriente				\$		
Cuenta Corriente				\$		
Cuenta Corriente				\$		
Cuenta de Ahorros				\$		
Cuenta de Ahorros				\$		
Cuenta de Ahorros				\$		
Cuenta con una Cooperativa de Ahorros y Crédito				\$		
Cuenta con una Casa de Reposo				\$		
Certificado de Depósito				\$		
Acciones/Bonos/Anualidades				\$		
IRA/401K/Keogh/Plan de Pensión				\$		
Fondos Para el Entierro/Cuentas Fiduciarias				\$		

Tipo	Sí	No	Miembro(s) del Hogar	Importe	Nombre de la Institución Financiera/ Compañía	Número de Cuenta
Cuenta Fiduciaria Colectiva						
Cuenta Fiduciaria de Necesidades Especiales						
Otras Cuentas Fiduciarias						
Seguro de Vida						
Otros Recursos						

Tipo	Sí	No	Miembro(s) del Hogar	Valor
Automóvil				\$
Automóvil				\$
Automóvil				\$
Vehículo de Uso Recreativo (Casa Móvil, Caravana, Todoterreno, etc.)				\$
Cultivos/Equipos				\$
Tractores				\$
Ganado				\$
Propiedad/Bienes Inmuebles				\$
Usufructo Vitalicio				\$

Tipo	Sí	No	Miembro(s) del Hogar	Valor
Lugar(es) de Entierro				\$
Escrituras de Compraventa/o Pagaré				\$
Caja de Seguridad				\$
Otros Recursos				\$

**¿Ha vendido, traspasado, canjeado, o regalado alguien en el hogar algunos artículos de valor en los últimos 60 meses?**  Sí  No

Ejemplos: cuentas fiduciarias, bienes inmuebles, automóviles, lugares de entierro

Nombre(s) de Miembro(s) del Hogar:	Fecha(s) de Venta/Traspaso/Canje/ Regalo del/de los Artículo(s): ____/____/____ MM / DD / AAAA	Artículo(s) Vendido(s)/Traspasado(s)/ Canjeado(s)/Regalado(s):
Valor: \$	Cantidad(es) Recibida(s) de la Venta, del Canje, o del Traspaso: \$	Nombre de Persona(s) a la(s) que Se Vendió(ieron)/Se Traspasó(aron)/Se Canjeó(aron)/Se Regaló(aron) el/los Artículo(s):

¿Tiene alguien en su hogar Compañero o Contrato de Atención Personal?

Sí  No

**¿Le da alguien dinero cada mes para el pago de sus gastos?**  Sí  No

Nombre de la Persona Contribuyendo al Pago:	Importe del Pago Mensual Recibido: \$
---	--

**¿Ha recibido algún miembro del hogar o tienen expectativas de recibir un pago único, por ejemplo, por concepto de una liquidación de una reclamación, de una herencia, de un pago retroactivo, etc.?**  Sí  No

Nombre del Miembro del Hogar:	Cuándo: ____/____/____ MM / DD / AAAA	Importe: \$
-------------------------------	---	----------------

**Infórmenos Sobre Las Personas en Su Hogar que tengan Ingresos:**

¿Quién tiene Ingresos?	¿Es esta persona Estudiante de Tiempo Completo?	Tipo de Ingresos (Marque todos los aplicables)	Nombre de Empleador	Ingresos Brutos Totales este Mes (Ingresos antes de restarse impuestos y deducciones)	Números de Reclamo (Indique todos los aplicables)
Apellidos _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  En el caso afirmativo, Grado: _____	<input type="checkbox"/> Empleo por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Comp. de Trabajadores <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Fondos de Cuentas Fiduciarias <input type="checkbox"/> Fondos para Veteranos <input type="checkbox"/> SSA/SSI (Seguridad Social) <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Otro _____		\$	
Apellidos _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  En el caso afirmativo, Grado: _____	<input type="checkbox"/> Empleo por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Comp. de Trabajadores <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Fondos de Cuentas Fiduciarias <input type="checkbox"/> Fondos para Veteranos <input type="checkbox"/> SSA/SSI (Seguridad Social) <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Otro _____		\$	
Apellidos _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  En el caso afirmativo, Grado: _____	<input type="checkbox"/> Empleo por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Comp. de Trabajadores <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Fondos de Cuentas Fiduciarias <input type="checkbox"/> Fondos para Veteranos <input type="checkbox"/> SSA/SSI (Seguridad Social) <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Otro _____		\$	
Apellidos _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  En el caso afirmativo, Grado: _____	<input type="checkbox"/> Empleo por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Comp. de Trabajadores <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Fondos de Cuentas Fiduciarias <input type="checkbox"/> Fondos para Veteranos <input type="checkbox"/> SSA/SSI (Seguridad Social) <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Otro _____		\$	

**Complete esta sección si usted ha ayudado a otra persona a completar esta solicitud:**

Nombre:	Relación con Solicitante: <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Otra _____
Teléfono: (    )	Dirección:

**Declaración del Solicitante o de Su Representante Autorizado de su Comprensión y Consentimiento** - Yo le permito a cualquier persona en posesión de esta información sobre mí o sobre otros miembros del hogar dar cualquier información solicitada, incluyendo información confidencial, a cualquier agente autorizado del Estado de Wyoming o del gobierno federal. Esta información se usará con el fin de determinar la elegibilidad para los programas solicitados por mí. Además me comprometo a proporcionar la información necesaria para verificar cualquier declaración hecha en esta solicitud, a actualizar información sin retraso y a cooperar plenamente con los funcionarios del Estado de Wyoming en investigaciones y en la realización de procedimientos basados en esta solicitud o en la información que ella contiene. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Reconozco que en el caso de dar información falsa O de ocultar información, se pueden imponer castigos legales por fraude o perjurio en mi contra. También he leído y entiendo los Derechos y las Responsabilidades arriban expuestos en esta solicitud. Declaro que la identidad de menores de edad indicados en este formulario es verdadera y correcta.

Firma del Solicitante o  
de su Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador en Elegibilidad: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor de usar libremente el otro lado de esta página para incluir más información o comentarios.

